

TEORETYCZNE PERSPEKTYWY SOCJOLOGII W ANALIZIE ZJAWISKA LECZNICTWA NIEMEDYCZNEGO

Łukasz Stefaniak

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej

Artykuł odnosi się do społecznego wymiaru leczenia niemedycznego. Przedstawia cztery perspektywy teoretyczne (interakcjonizm symboliczny, fenomenologię, etnometodologię i prakseologię), które można wykorzystać w analizie problemów będących przedmiotem zainteresowania socjologii medycyny. W sposób szczególny skupia się na przyczynach niesłabnącej popularności uzdrowicieli oraz innych niekonwencjonalnych terapeutów.

Słowa kluczowe: socjologia medycyny, leczenie niemedyczne, interakcjonizm symboliczny, fenomenologia, etnometodologia, prakseologia.

Nieodłączną cechą stanu choroby jest jego społeczny wymiar. Aspekt ten w leczeniu nie zawsze był brany pod uwagę. Dopiero w XIX wieku w literaturze światowej pojawiły się wyraźne tendencje do nadawania temu zjawisku stosownej rangi. Implikacją spostrzeżenia, że choroba ma znaczący wpływ na otaczającą chorego rzeczywistość, jest odnotowanie podobnego wymiaru w przypadku samego leczenia. Dotyczy to zarówno medycyny opartej na faktach (Evidence Based Medicine – EBM), jak i mniej konwencjonalnych sposobów leczenia, określanych zwykle terminami „medycyna alternatywna” lub „medycyna komplementarna” (Complementary and Alternative Medicine - CAM). Istotność tej problematyki odzwierciedla fakt, że różnego rodzaju uzdrowiciele niejednokrotnie roszczą sobie prawa do całkowitego zastępowania lekarzy działających w obrębie EBM. W analizie problematyki leczenia niemedycznego można wykorzystać szereg perspektyw teoretycznych (z uwzględnieniem mało znanej na gruncie socjologii perspektywy prakseologicznej), które w sposób zbiorczy prezentuje ten artykuł.

SPOŁECZNY WYMIAR ZDROWIA, CHOROBY I MEDYCYNY

Za pierwszą osobę, która wprost zasugerowała immanentność medycyny i socjologii, uważa się Alphonse'a Guérina. W czasopiśmie „Gazette Médical de Paris” z 1848 roku użył on terminu

„medycyna społeczna”. Prawdziwych początków tego podejścia należy jednak dopatrywać się w dziele *Soziale Pathologie* Alfreda Grotjahna z 1911 roku (Doroszewska 2010: 145). Nie jest to jednak równoznaczne z jego popularyzacją. Ta nastąpiła znacznie później, ponieważ jej dynamiczny rozwój datuje się dopiero na połowę XX wieku. Wtedy to Talcott Parsons, w swojej książce *The Social System*, przedstawił teorię wysuwającą na pierwszy plan społeczny aspekt zdrowia i choroby (Uramowska-Żyto 2009: 70).

Amerykański socjolog zwrócił uwagę na fakt, że stan choroby zmusza osoby pełniące określone role społeczne do wycofania się z nich lub, w najlepszym przypadku, do ograniczenia swojej działalności. Ten dewiacyjny charakter roli chorego, z racji doniosłości jej skutków dla otoczenia, spowodował konieczność stworzenia stosownego unormowania społecznego. Bez tego sprawne funkcjonowanie społeczeństwa byłoby znacząco utrudnione lub nawet niemożliwe. Jednostka, będąc w stanie choroby, uzyskuje czasowe zwolnienie z pełnionych przez siebie funkcji (usprawiedliwienie roli chorego), ale tylko pod warunkiem, że będzie dążyć do wyleczenia poprzez konsultacje z kompetentnymi osobami (lekarzami).

Analogicznie do przypadku choroby, stan zdrowia także ma, według Parsonsa, rozbudowany wymiar społeczny. Będąc zdrową, dana osoba może bowiem optymalnie pełnić wymagane od niej role (Uramowska-Żyto 2009: 71). Perspektywa ta pozwala zatem w pełni zrozumieć wagę zdrowia dla poprawnego funkcjonowania systemu społecznego.

Choć empiryczna weryfikacja koncepcji Parsonsa napotkała pewne problemy, to nie przeszkodziło to w jej szerokim rozprzestrzenieniu się. Stała się niejako bazą dla innych uczonych, wśród których można wymienić na przykład Eliota Freidsona, a także Davida Fielda (Uramowska-Żyto 2009: 72-74). W Polsce zaś najbardziej zasłużoną badaczką socjologii medycyny była Magdalena Sokołowska.

Najlepszym wyrazem znaczenia tego młodego wciąż nurtu jest definicja zdrowia przyjęta w 1946 roku przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization - WHO). Mówi ona bowiem, że zdrowie to „stan całkowitego fizycznego, mentalnego i społecznego dobrostanu, a nie zaledwie brak choroby lub kalectwa”¹. Naturalnie definicja ta wzbudza pewne kontrowersje. Trzeba bowiem zadać sobie pytanie, czy osiągnięcie stanu proponowanego przez WHO, jest przez istotę ludzką w ogóle możliwe. Przez to należy definicję tę traktować raczej jako próbę konceptualizacji stanu szczęścia. Bezdyskusyjny pozostaje jednak fakt, że uwzględnia ona szeroko pojmowany wymiar społeczny.

Współczesna rzeczywistość wymaga od osób zajmujących się leczeniem świadomości istnienia społecznych aspektów choroby, zdrowia i wiążącej się z nimi bezpośrednio medycyny. Mają one zasadniczy wpływ na rzeczywistość, w której funkcjonują ludzie. Postęp technologiczny umożliwił leczenie chorób w przeszłości uznawanych za nieuleczalne, a także poprawił komfort życia osób nimi dotkniętych. Zastanawiać może zatem fakt kwestionowania dorobku medycyny opartej na faktach przez osoby często nieposiadające ku temu żadnych kwalifikacji. Wśród nich dużą grupę stanowią ci, którzy twierdzą, że posiadają nadnaturalne umiejętności, pozwalające prowadzić im skuteczniejsze i szybsze leczenie niż umożliwia to EBM (Piątkowski 2008: 34). Co więcej, może wydawać się zaskakujące, że metody te cieszą się dużą popularnością, zwłaszcza w kręgu tak zwanej cywilizacji zachodniej. Od wielu lat ma ona charakter cywilizacji naukowej,

¹ Zob. *Constitution of the World Health Organization*, <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>>, dostęp 2 lutego 2015.

dlatego zastanawiające jest uznanie, jakim cieszy się w niej medycyna alternatywna.

Fenomen leczenia niemedycznego ze zrozumiałych powodów jest rozpowszechniony w krajach rozwijających się. Jego nasilenie pozostaje jednak duże także w Stanach Zjednoczonych oraz w Europie (Piątkowski 2010: 131), co – zwłaszcza w tym ostatnim przypadku – jest kwestią wartą wzmożonej uwagi ze strony naukowców. Badania pokazują, że nawet 4% dorosłych Polaków korzysta z usług uzdrowicieli i innych niekonwencjonalnych terapeutów (Piątkowski 2002: 235). Nie może zatem dziwić, że te formy leczenia stały się obiektem zainteresowania socjologów.

GRANICE POMIĘDZY EBM A CAM

Przed przystąpieniem do dalszych rozważań ważne jest podjęcie próby wyznaczenia, gdzie przebiega granica pomiędzy medycyną profesjonalną a leczeniem niemedycznym. Zagadnienie to nabiera znaczenia zwłaszcza w kontekście tego, że na przestrzeni lat zmieniał się kanon terapii wykorzystywanych w medycynie. Do połowy XVIII wieku można mówić co najwyżej o sztuce leczenia, opartej zwykle na przesłankach mistyczno-magicznych. Dopiero po tym okresie nastąpił przełom, w wyniku którego medycyna zaczęła korzystać z dorobku nauk przyrodniczych i empirycznych doświadczeń, dzięki czemu sama zaczęła spełniać kryteria naukowości. Na skutek tego procesu większość wykorzystywanych poprzednio technik leczniczych wykluczona została poza obręb medycyny profesjonalnej. Warto zauważyć, że nie jest to procedura zamknięta. W ostatnim okresie poza ramy leczenia medycznego wykluczono choćby homeopatię (Piątkowski 2008: 35-36).

Można wyodrębnić dwa zasadnicze kryteria naukowości, które spełnia medycyna profesjonalna:

- krytyczny racjonalizm naukoznawczy opierający się na empirii i odpowiednim rozumowaniu,
- innowacyjny charakter poznania naukowego (Piątkowski 2008: 37).

Cechy te pozwalają upewnić się, że rezultaty badań będą oparte na solidnej podstawie naukowej, na którą składają się między innymi wysoki stopień prawdziwości, obiektywności, ścisłości, a także przewidywalności. Leczenie medyczne zostało z biegiem lat poddane standaryzacji, co przejawia się na przykład w regułach typowych działań lekarza, podejmowanych w kontaktach z pacjentami. Ujednolicenie procedur ma także miejsce w przypadku badań nad innowacjami medycznymi. W ich trakcie bowiem odwołuje się zawsze do losowych prób klinicznych, a także uwzględnia efekt placebo, co pozwala dosyć precyzyjnie weryfikować skuteczność leczenia. Podstawową przesłanką jakościową, która odróżnia leczenie medyczne od niemedycznego, są zatem długotrwałe testy danego rodzaju terapii, najpierw na zwierzętach, a następnie z udziałem ludzi (Piątkowski 2008: 37-38).

Status naukowy EBM nie jest jednak jedynym wyróżnikiem. Istotny jest także stan prawny. Obecnie obowiązujące w Polsce regulacje mówią, że działalność lecznicza, prowadzona przez osoby niemające odpowiednich uprawnień, której skutki nie zostały naukowo zweryfikowane jest nielegalna². Odrębną kwestią pozostaje egzekwowanie tych norm, które, jak pokazuje praktyka,

² Piątkowski 2008: 53-54; *Kodeks Etyki Lekarskiej*, <<http://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>>, dostęp 19 czerwca 2015.

mocno szwankuje. Dowodem jest choćby skala rozpowszechnienia gabinetów oferujących alternatywne metody leczenia. Nawet jeśli ktoś zostaje podejrzanym na podstawie tych przepisów, to przeważnie sprawa kończy się umorzeniem postępowania z powodu niskiej szkodliwości społecznej czynu (Piątkowski 2008: 56-57). Oczywiście nie można zapominać, że środowisko uzdrowicieli jest przeciwne uznawaniu ich za osoby popełniające przestępstwo i nierzadko są oni szczerze przekonani o własnej skuteczności w leczeniu chorób. Wobec tej różnicy w poglądach wydaje się, że bardziej adekwatnymi działaniami od tworzenia zakazów byłoby precyzyjne ustalenie terminologii odnoszącej się do lecznictwa, aby uzdrowiciele nie wprowadzali w błąd potencjalnych klientów, a także odpowiednia edukacja społeczeństwa. Nie należy bowiem zapominać, że wątpliwa jest szkodliwość lecznictwa niemedycznego w sytuacji, gdy pacjent równocześnie korzysta z pomocy medycyny opartej na faktach. Oczywiście wyjątkiem jest przypadek, w którym uzdrowiciel namawia do rezygnacji z leczenia konwencjonalnego.

Trzeba ponadto pamiętać o kwestiach etycznych wiążących się tak z EBM, jak i z medycyną alternatywną. W tym drugim przypadku ciężko jest mówić o jakimś ujednoliconym, wewnętrznym kodeksie, który regulowałby zasady funkcjonowania (Piątkowski 2008: 62). Medycyna profesjonalna w Polsce jest objęta ramami Kodeksu Etyki Lekarskiej, uchwalonego przez Nadzwyczajny II Krajowy Zjazd Izb Lekarskich w 1991 roku. Jego korzenie sięgają zaś praw wyszczególnionych przez Hipokratesa, żyjącego w V wieku przed naszą erą³.

Zajmując się tą problematyką, nie można zapomnieć, że granica pomiędzy medycyną profesjonalną a tym, co pozostaje poza nią, bywa bardzo mglista. Jako przykład, obok wspomnianej już wcześniej homeopatii, można podać niektóre techniki samoleczenia, które zostały zaakceptowane przez środowisko naukowe (Piątkowski 2008: 39). Warto też zaznaczyć, że skuteczność wielu tradycyjnych sposobów leczenia znalazła swoje potwierdzenie empiryczne, przez co weszły one do kanonu medycyny profesjonalnej⁴. Wśród nich znajdują się choćby niektóre formy ziołolecznictwa czy też okłady z borowiny.

PRZYCZYNY POPULARNOŚCI LECZNICTWA NIEMEDYCZNEGO

Analiza przyczyn popularności lecznictwa niemedycznego na gruncie europejskim nie jest łatwa. Niezbędne jest osadzenie ich w znacznie szerszym kontekście przemian kulturowych. Fakt ten dobrze ilustruje wzrost zainteresowania medycyną alternatywną w Polsce po transformacji ustrojowej. Upadek Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej spowodował znaczące przekształcenia w społeczeństwie. Nastąpiła jego pluralizacja oraz reorientacja na bardziej indywidualistyczne postawy i wartości. Zniknęły granice uniemożliwiające napływ nowych prądów myślowych, a rozbudzane przez media zaciekawienie tematyką zdrowotną skłoniło wiele osób do poszukiwania alternatywnych metod leczenia. W efekcie wykształciła się płaszczyzna do działań biznesowych, na których można było zarobić znaczącą ilość pieniędzy. Z niszy tej skorzystało wiele osób zajmujących się lecznictwem niemedycznym. Do rozwoju tej sfery działalności przyczyniły się także ruchy migracyjne możliwe dzięki otwarciu granic. Zniesione zostały bariery krępujące ruchliwość wszelkiego rodzaju wędrownych znachorów i uzdrowicieli (Piątkowski 2009:

³ Zob. *Kodeks Etyki Lekarskiej*, <<http://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>>, dostęp 19 czerwca 2015.

⁴ *Traditional medicine*, <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/2003/fs134/en/>>, dostęp 19 czerwca 2015.

312-314).

Wpływ na zainteresowanie niekonwencjonalną medycyną mają także z pewnością inne czynniki. Można wśród nich wymienić choćby spadek prestiżu zawodu lekarza, powody finansowe (leczenie niemedyczne może okazać się tańsze), fakt, że mało prawdopodobne jest pogorszenie stanu zdrowia na skutek korzystania z medycyny alternatywnej, a także ciągle ograniczone możliwości EBM w przypadku niektórych rodzajów chorób (Piątkowski 2002: 237). Kontrowersje zaś może budzić teza mówiąca o niewystarczającej regulacji zawodów powiązanych z praktykami uzdrowicielskimi oraz nieodpowiedni stopień egzekwowania istniejących przepisów prawnych. Teoretycznie może wydawać się, że stan taki prowadzi bezpośrednio do znaczącego rozpowszechnienia tego typu praktyk. Należy jednak zwrócić uwagę na to, że prohibicja zwykle przynosi skutki odwrotne do zamierzonych. Efektem narzucenia bardziej drakońskich regulacji byłoby zapewne wycofanie się osób zajmujących się medycyną alternatywną do szarej strefy. W ten sposób sektor ten znalazłby się poza jakąkolwiek kontrolą, a także, biorąc pod uwagę wymiar biznesowy, stałby się obiektem wzmożonej uwagi ze strony zorganizowanych grup przestępczych.

Fenomen popularności tak zwanej „innej medycyny” dobrze ilustruje przykład znanego uzdrowiciela, Anatolija Kaszpirowskiego. Jak wskazują badania, w okresie emisji jego programów na początku lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku, aż 59% Polaków zadeklarowało, że je oglądało, a 73% chciało dalszej emisji. Jednocześnie 3% respondentów stwierdziło, że program zaowocował poprawą ich stanu zdrowia (Piątkowski 2002: 239). Innym przykładem może być postać Zbigniewa Nowaka, który swoją działalność uzdrowicielską z lat dziewięćdziesiątych XX wieku rozwinął do pokaźnych rozmiarów biznesu, a w kręgu swoich zwolenników do dnia dzisiejszego uchodzi za guru (Janiszewska 2013). Trudno o lepsze odzwierciedlenie faktu, że leczenie niemedyczne posiada szeroki aspekt społeczny, który musi podlegać analizie i badaniom socjologicznym.

Istnieje kilka perspektyw teoretycznych, umożliwiających dokonanie eksploracji zagadnień związanych z wymiarem społecznym medycyny alternatywnej. Wśród nich można wyróżnić:

- symboliczny interakcjonizm,
- fenomenologię,
- etnometodologię,
- prakseologię⁵.

Na przydatność trzech pierwszych w problematyce socjologii medycyny zwracała uwagę między innymi Barbara Uramowska-Żyto w swojej pracy *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*.

INTERAKCJONIZM SYMBOLICZNY

Korzenie interakcjonizmu symbolicznego sięgają pragmatyzmu społecznego, którego przedstawicielami byli między innymi amerykańscy badacze: John Dewey, William Thomas i George Mead (Szacki 2005: 543-592). Sam interakcjonizm symboliczny był odpowiedzią na

⁵ Chodzi tutaj o nurt prakseologiczny, którego przedstawicielem był austriacki ekonomista Ludwig von Mises. Odnoga ta koncentruje się na ogólnej teorii ludzkiego działania (*praxeology*). Najbardziej znanym przedstawicielem drugiego nurtu prakseologicznego, definiowanego jako teoria sprawnego działania (*praxiology*), był polski filozof Tadeusz Kotarbiński (Kotarbiński 1975).

paradygmat normatywny, który mówi, że rzeczywistość społeczna składa się z pewnych struktur pozostających poza świadomością jednostek. Rzeczywistość w paradygmacie interpretacyjnym, będącym podstawą interakcjonizmu, jest niestała. Podlega nieustannym przekształceniom ze strony uczestników całego procesu (Uramowska-Żyto 1992: 97).

Jak wskazuje nazwa, dominującym zagadnieniem interakcjonizmu symbolicznego jest sama interakcja, która modyfikuje zachowania członków społeczeństwa. Jeżeli we wzajemne oddziaływanie wchodzi osoba A i osoba B, to działania podejmowane przez A będą wpływały na zachowanie B i odwrotnie – niejako na skutek sprzężenia zwrotnego reakcja B zmodyfikuje dalsze zachowanie A. Tego typu interakcje są powszechne nie tylko w przypadku kontaktów na linii pacjent – lekarz, ale także pacjent – uzdrowiciel. Przy ich analizie konieczne jest uwzględnienie perspektywy osoby wchodzącej w taką relację, przez co na znaczeniu zyskuje eksploracja motywów podjęcia przez daną osobę leczenia niemedyceznego. Prowadzić do tego może badanie subiektywnych odczuć i doznań, zawartych niejednokrotnie w osobistych dokumentach czy biografiach (Piątkowski 2009: 326).

Nie można pominąć zagadnienia symboli. Mają one olbrzymie znaczenie w przypadku medycyny alternatywnej. Przypisuje się im wręcz charakter umacniający relację uzdrowiciel – pacjent. Odpowiednie posługiwanie się symbolami ma bowiem działanie ugruntowujące zaufanie, nadzieję i wiarę w wyleczenie, które wytwarzają się w czasie kontaktów pomiędzy tymi dwiema osobami. Paradoksalnie może się to przyczynić do obiektywnej poprawy stanu pacjenta (Piątkowski 2009: 326-327). Lekarze medycyny profesjonalnej często podkreślają znaczenie pozytywnego nastawienia psychicznego dla osiągnięcia pełnej skuteczności terapii. Czasami jest to wręcz niezbędny element procesu zdrowienia.

Ugruntowanie więzi społecznej pomiędzy uzdrowicielem a pacjentem pozwala na znalezienie wspólnej dla obu stron płaszczyzny emocjonalnej. Jest też czynnikiem ułatwiającym pełnienie odpowiednich ról społecznych, co owocuje lepszą współpracą w celu doprowadzenia procesu leczenia do końca. Dominującą rolę w tej relacji pełni zwykle uzdrowiciel, który definiuje symbole i narzuca je pacjentowi. Podobne cechy wykazuje relacja lekarz – pacjent w przypadku EBM (Piątkowski 2009: 327). Jest mało prawdopodobne, że osoba chora wda się w dyskusję z *healerem* (uzdrowicielem) lub lekarzem, w wyniku której zacznie podważać jego zdanie i działania. Postępowanie takie doprowadziłoby bowiem do poddania w wątpliwość sensu uczestniczenia w zabiegu. Interakcja pomiędzy opisywanymi podmiotami kieruje się zatem zwykle w stronę utrzymania normalności sytuacji (Uramowska-Żyto 1992: 100-101).

Symboliczny interakcjonizm ma co najmniej jedną zasadniczą zaletę, która czyni go dobrym narzędziem przy analizie omawianej problematyki. Jest nią silne nakierowanie na potrzeby pacjenta i jego subiektywny punkt widzenia. Pozwala to badać obszar pozostający do tej pory w ukryciu. Nie bez znaczenia jest również fakt, że podejście to skutecznie niweluje oddziaływanie stereotypu dotyczącego postrzegania relacji pomiędzy lekarzem a chorym jako zbytnio zdominowanej przez profesjonalną perspektywę (Piątkowski 2009: 327-328).

FENOMENOLOGIA

Drugim podejściem teoretycznym jest socjologia fenomenologiczna. Jej powstanie należy traktować w kategoriach odpowiedzi na korzystający z dorobku nauk przyrodniczych behawioryzm. Trzeba odnotować, że w literaturze funkcjonują dwa odłamy tej perspektywy. Ten bardziej przydatny w analizie omawianej problematyki został stworzony przez Alfreda Schütza

(Szacki 2005: 486-493). Kierunek fenomenologiczny postuluje, że obserwacja zachowań określonych osób nie jest wystarczająca, żeby możliwe było ich zrozumienie. Prawdę o działaniach ludzkich można poznać jedynie, badając znaczenie, jakie nadają im same podmioty działań (Uramowska-Żyto 1992: 132-133). Ta subiektywna interpretacja rzeczywistości wykazuje pewną zbieżność z podejściem stosowanym przez interakcjonizm symboliczny. Należy jednak podkreślić, że fenomenologia skupia się raczej na postawach ludzi wobec określonych zdarzeń, a nie na osobistych przeżyciach, jakich oni doświadczają. Oznacza to, że dane działanie może być postrzegane zupełnie inaczej przez lekarza, inaczej przez pacjenta i inaczej przez zewnętrznego obserwatora (Uramowska-Żyto 1992: 137-138).

W przypadku leczenia niemedycznego podejście to pozwala wyjaśnić przyczyny, dla których chorzy korzystają z usług uzdrowicieli. Zwraca też uwagę na bardzo istotną kwestię, jaką jest potoczna wiedza pacjentów na temat zdrowia, choroby oraz medycyny, a w szczególności ich opinii na temat przyczyn chorób, wpływ kwestii religijnych i magicznych na pojmowanie zagadnień związanych ze zdrowiem i chorobą, a także motywy rozpoczęcia leczenia lub jego zaprzestania (Piątkowski 2009: 328-329).

Ważnym elementem fenomenologii jest tak zwany „świat życia codziennego”. Jest to otaczająca każdą osobę rzeczywistość, która funkcjonowała na długo przed jej urodzeniem. Podlegał on interpretacji przez tych, którzy żyli wcześniej. Doświadczenia poprzedników stanowią pewną bazę wiedzy, służącą za punkt odniesienia. Zwykle jest ona przekazywana danej osobie w procesie socjalizacji. Człowiek w każdej sytuacji jest zatem osadzony w szerszym, zdefiniowanym biograficznie środowisku społecznym. Zajmuje on w nim pewną określoną pozycję w sensie fizycznym, w wymiarze pełnionej przez siebie roli społecznej, a także w sensie moralnym oraz ideologicznym. Cały ten kontekst zawiera w sobie spektrum możliwych do podjęcia przez jednostkę działań. Wyznacza zatem pewne granice dla możliwości wyboru celów, które jednostka chce osiągnąć (Uramowska-Żyto 1992: 133-134). Jak łatwo się domyślić, w skład tego „świata życia codziennego” wchodzi także wzory postaw i zachowań w sytuacji wystąpienia choroby, a także na przykład stosunek do instytucji medycznych oraz samych lekarzy i uzdrowicieli. Potoczność wiedzy posiadanej przez niektóre jednostki, może skłonić je do poszukiwania pomocy wśród osób zajmujących się leczeniem niemedycznym. Znaczenie, które taka osoba można nadać wydarzeniom mającym miejsce w jej życiu, jest czymś całkowicie subiektywnym, co tłumaczy jej nietypowe zachowanie wobec zjawiska choroby (Piątkowski 2009: 330-331).

ETNOMETODOLOGIA

Etnometodologia to kolejna perspektywa teoretyczna, którą można wykorzystać w analizie problematyki medycyny alternatywnej. Jej początków należy dopatrywać się w twórczości amerykańskiego socjologa Harolda Garfinkela (Szacki 2005: 874-876). Ukształtowała się ona zarówno pod wpływem interakcjonizmu symbolicznego, jak i fenomenologii. Głównym założeniem etnometodologii jest odwołanie się do powszechnej wiedzy określonych osób odnośnie do tego, jakie działanie jest odpowiednie w danej sytuacji. Obiektem jej zainteresowania nie są poglądy uczonych na jakieś zagadnienie, ale relacje osób aktywnie zaangażowanych w działanie. Warto zauważyć, że cechuje ją odrębne podejście do zagadnienia społeczeństwa w porównaniu do socjologii głównego nurtu. Etnometodologia podkreśla bowiem, że rzeczywistość społeczna jest realizowana w wyniku aktywnie działających podmiotów

(Uramowska-Żyto 1992: 150-151).

Podejście to nie jest dominującym w socjologii medycyny, ale stanowi dobre uzupełnienie innych perspektyw. Poprzez koncentrację na interakcjach obejmujących swoim zasięgiem małą grupę osób umożliwia przedstawienie relacji pomiędzy pacjentem i lekarzem lub uzdrowicielem z innego punktu widzenia (Uramowska-Żyto 1992: 154-155). Pozwala dostrzec elementy wpływające na wiedzę potoczną, które w innym przypadku mogłyby pozostać niedostępne. Należy dodać, że perspektywa etnometodologiczna bierze pod uwagę także mowę potoczną, która jest znaczącym źródłem wiedzy na temat poglądów danych osób o zdrowiu i chorobie. Możliwe jest dzięki niej także swoiste odtworzenie reguł, jakimi kierują się ludzie przy podejmowaniu działań (Piątkowski 2009: 331-332).

Relacje pomiędzy pacjentem a uzdrowicielem, zachodzące w przypadku leczenia niemedycznego, mają bardzo ważną cechę, która decyduje o przydatności perspektywy etnometodologicznej w ich badaniu. Mianowicie, zarówno chory, jak i sam *healer* są w praktyce laikami, jeśli chodzi o medycynę (Piątkowski 2009: 332). Po obu stronach znajduje się więc wiedza potoczna, która jest szczególnym przedmiotem zainteresowania omawianego podejścia. Oczywiście niesie to ze sobą pewne ryzyko trywializacji samych badań. Jest to stosunkowo częsty zarzut, z którym musi mierzyć się nie tylko sama etnometodologia, ale także badania prowadzone w ramach innych perspektyw teoretycznych (Uramowska-Żyto 1992: 155). Nie można jednak zapominać, że niemożliwe jest dokonanie precyzyjnej oceny działań podejmowanych przez osoby korzystające z terapii alternatywnych, bez uwzględnienia ich potocznego kontekstu (w tym wiedzy i doświadczeń). W skład leczenia niemedycznego wchodzi medycyna ludowa. Nie da się zrozumieć tego zjawiska, nie znając kultury chłopskiej i innych elementów myślenia potocznego, które doprowadziły do jej wykrystalizowania w takim, a nie innym kształcie. Trzeba mieć także na uwadze fakt, że nie wszyscy interpretują zjawiska związane ze zdrowiem i chorobą w taki sam sposób. Etnometodologia pozwala na wyostrzenie i zrozumienie tych różnic, dzięki czemu bardzo dobrze nadaje się do badań powiązanych z lecnictwem ludowym (Piątkowski 2009: 333-334).

PRAKSEOLOGIA (PRAXEOLOGY)

Ostatnią perspektywą teoretyczną jest podejście prakseologiczne. Początków jego współczesnego ujęcia należy doszukiwać się w dziele *Ludzkie działanie* austriackiego ekonomisty i socjologa Ludwiga von Misesa (Mises 2011: 1-8). Podejście to nie jest zbyt szeroko rozpowszechnione w ramach socjologii, a przez to ciągle wymaga znaczącego rozbudowania i dostosowania do wymagań tej dziedziny wiedzy. Prakseologia w najszerszym ujęciu jest nauką o ludzkim działaniu. Uniwersalny charakter jej dedukcyjnej metody, której fundamentem są wspólne dla każdego człowieka zasady podejmowania działań celowych, pozwala jednak na zastosowanie w innych dyscyplinach badawczych, wśród których prym aktualnie wiedzie jeden z heterodoksyjnych nurtów ekonomii (tak zwana „szkoła austriacka”). Biorąc pod uwagę znaczące pokrewieństwo ekonomii i socjologii, nie ma żadnych powodów, dla których prakseologia nie miałaby zostać wykorzystana także w tym drugim przypadku. Zastosowanie jej do analizy zagadnień związanych z socjologią medycyny, w tym z lecnictwem niemedycznym, pozwala ustalić i zrozumieć charakter takich a nie innych decyzji podejmowanych przez osoby chore.

Podstawowym założeniem prakseologicznym jest fakt, że człowiek jako istota żywa podejmuje działania celowe. To właśnie one są głównym przedmiotem zainteresowania tego

podejścia. Za działanie celowe należy uznać także takie działanie, które może z pozoru wydawać się zupełnie nieracjonalne. Celowość działania, jak sama nazwa tego terminu wskazuje, jest determinowana bowiem przez fakt, że człowiek, wykonując dany czyn, chce uzyskać jakiś cel. Nie ma tu znaczenia, czy kierują nim zupełnie świadome motywy, czy też do jego zachowania przyczyniają się na przykład tłumione popędy (Mises 2011: 9). Każde ludzkie działanie w świetle tej perspektywy jest działaniem celowym.

Najbardziej pierwotnym motywem podjęcia każdego czynu jest chęć poprawy swojej sytuacji. Nie można jednak tego stwierdzenia sprowadzić do jakiegoś quasi-obiektywnego przypuszczenia, że dla każdego określona sytuacja jest lepsza lub gorsza. Problem ten ma bardziej indywidualistyczny wymiar. Dla jednej osoby polepszenie sytuacji nastąpi, kiedy będzie miała ona więcej pieniędzy, a dla innej w przypadku, gdy uzyska satysfakcję z podarowania tych pieniędzy potrzebującym. Ową poprawę należy zatem traktować bardziej jako odczuwanie większej satysfakcji (korzyści) psychicznej lub po prostu osiągnięcia większej ilości szczęścia (Rothbard 2007: 131-133).

Człowiek, decydując się na podjęcie działania, ma zawsze do wyboru szereg dostępnych opcji. W przypadku choroby może zdecydować się na samoleczenie, skorzystać z pomocy profesjonalnej medycyny lub udać się do uzdrowiciela funkcjonującego w sferze leczenia niemedycznego (odwołanie się do pomocy rodziny, przyjaciół, znajomych czyli tak zwany *lay referral system*, traktowany jest tutaj dla uproszczenia jako forma samoleczenia). To, jakie działanie podejmie, zależy przede wszystkim od jego osobistej skali wartości. Naturalnym jest, że potrzeby znajdujące się najwyżej w tej hierarchii, człowiek będzie chciał zaspokoić w pierwszej kolejności (Mises 2011: 80). Można więc założyć, że jeżeli trapiące go dolegliwości nie są nadmiernie poważne, to woła ich wyeliminowania nie należy do najpilniejszych potrzeb. W takiej sytuacji dana osoba prawdopodobnie w ogóle nie zdecyduje się na leczenie, a jeśli już, to skorzysta raczej z samoleczenia. Mechanizm ten doskonale tłumaczy, dlaczego pacjenci zgłaszają się do lekarza dopiero, kiedy ich problemy zdrowotne znacząco się nasilają (na przykład, gdy odczuwany ból staje się znacznie dotkliwszy i przewlekły). Cel, jakim jest osiągnięcie stanu zdrowia, przesuwają się w takim przypadku na znacznie wyższe pozycje ich osobistej skali wartości, co oznacza, że staje się bardziej pilną potrzebą. Niezbędne jest w tym miejscu podkreślenie, że skale wartości ujawniają się tylko w sytuacji podjęcia konkretnego działania (Mises 2011: 80). Jakaś osoba może twierdzić, że określony cel ceni bardziej od innego, ale dopiero jej zachowanie jest w stanie ujawnić prawdziwą skalę wartości, która może być zgodna z tym, co człowiek deklaruje lub też nie.

Z powyższych rozważań wynika dość ciekawa konkluzja. Według badań CBOS z 2013 roku aż 74% respondentów wskazało, że najbardziej w swoim życiu ceni zdrowie (BS/111/2013). W takiej sytuacji pojawienie się jakichkolwiek problemów zdrowotnych wśród osób wskazujących tę możliwość powinno być przedmiotem bezzwłocznych działań. Praktyka mówi zaś co innego. Polacy zgłaszają się do lekarzy dopiero w sytuacji wystąpienia poważnych i bardzo dokuczliwych objawów. Nie można też pominąć faktu, że jedynie 40% respondentów regularnie uprawia sport (BS/129/2013). Nawet przy założeniu, że każda osoba spośród tych 40% twierdzi, że zdrowie jest dla niej najważniejsze, to ciągle pozostaje 34% badanych, którzy wykazują duży dysonans pomiędzy tym, co deklarują, a realnie podejmowanymi działaniami. Prowadzi to do jasnego wniosku, że z obiektywnego punktu widzenia nieprawdziwe są twierdzenia znaczącej części osób uważających, że zdrowie jest dla nich wartością priorytetową. Oczywiście nie można wykluczyć, że respondenci, podając taką odpowiedź, byli w pełni przekonani, że mówią prawdę.

Według podejścia prakseologicznego, jednak to realne działania są wyznacznikiem hierarchii wartości, a nie abstrakcyjne deklaracje. Z racji tego, że twierdzenia te stoją w sprzeczności z hierarchią wartości tych osób, ujawnianą w momencie podjęcia rzeczywistych działań, należy poddać w wątpliwość oświadczenia badanych. Nie można natomiast wykluczyć, że w pewnych okresach ich życia zdrowie faktycznie wysuwa się na pierwszy plan. Naturalnie na podjęcie takich a nie innych działań wpływ może mieć szereg czynników związanych między innymi z płcią, zasobami materialnymi czy ogólnie pojętą sytuacją życiową. Nie zmienia to jednak w żaden sposób zasadniczych wniosków wynikających z powyższej analizy.

Prakseologiczne wyjaśnienie wyboru pomiędzy EBM a CAM jest nieco bardziej skomplikowane. Niezbędne staje się wprowadzenie do dyskusji kilku kolejnych implikacji. Ważnym elementem ludzkiego działania celowego jest czas. Częścią natury ludzkiej stale pozostaje dążenie do jego optymalnego (w sensie subiektywnym) wykorzystania. Wynika to z prostego faktu, że człowiek zawsze dysponuje ograniczoną ilością czasu. Każda czynność, którą dana osoba wykonuje, zajmuje jakiś, choćby minimalny, okres jego życia. Co więcej, czas jest dobrem nieodnawialnym. Raz utraconego nie da się w żaden sposób odzyskać (Mises 2011: 86). Istota ludzka zawsze będzie wolała osiągnąć swoje cele (zaspokoić potrzeby) szybciej niż później, czyli będzie dążyła do minimalizacji oczekiwania przed osiągnięciem satysfakcji psychicznej. Jest to tak zwana „preferencja czasowa”. Należy zaznaczyć, że istnieją dobra, które pozwalają zaspokajać daną potrzebę przez dłuższy okres i takie, które zadowalają na krótko. Jeżeli pozostałe czynniki są niezmiennie, to oczywistym jest, że człowiek będzie wolał dobra zapewniające dłuższą satysfakcję. Wyjątkiem może być przypadek, w którym całkowita usługa tych dwóch dóbr nie ma dla danej osoby znaczenia (to znaczy ceni je na równym poziomie). W takim przypadku preferencja czasowa sprawi, że wybierze ona dobro dające szybszą korzyść psychiczną pomimo tego, że zaspokoi ono potrzebę na krócej niż alternatywne dobro (Rothbard 2007: 128-129). Trzeba również podkreślić, że preferencja czasowa jest zawsze podrzędna względem hierarchii wartości. Jeżeli uczciwe postępowanie zajmuje odpowiednio wysokie miejsce na osobistej skali danego człowieka, to taka osoba nigdy nie przedłoży szybszego zaspokojenia swoich potrzeb nad prawe postępowanie.

Jednostka, która jest przekonana o tym, że do wyleczenia może doprowadzić zarówno skorzystanie z usług medycyny profesjonalnej, jak i lecznictwa niemedycznego, skorzysta z pewnością z tej opcji, która obieca jej szybszy powrót do zdrowia. Uzdrowiciele zwykle szczycą się szybkością oferowanej przez nich terapii. Osoby wierzące w ich praktyki, kierując się preferencją czasową, z pewnością zwrócą się po pomoc właśnie do nich. Utwierdzić chorego w przekonaniu może też dodatkowo zapewnienie *healera* o trwałości jego zabiegów. Jak zatem łatwo zauważyć, podjęcie decyzji o skorzystaniu z lecznictwa niemedycznego osadza się w znacznej mierze na kwestii wiary lub jej braku w skuteczność takiej terapii.

Naturalnie preferencja czasowa nie wyjaśnia w pełni przypadku, w którym ktoś już korzystający z EBM, podejmuje decyzję o szukaniu pomocy wśród ludzi zajmujących się medycyną alternatywną. Owszem, w grę może wchodzić także chęć szybszego wyzdrowienia, jeśli proces leczenia profesjonalnymi metodami przynosi zbyt powolne rezultaty. Sytuacja komplikuje się jednak bardziej, gdy rokowania medycyny opartej na faktach są niepewne, to znaczy pacjent może, ale nie musi wrócić do zdrowia. Wyjaśnienie tego stanu rzeczy możliwe jest po wprowadzeniu do rozważań kolejnego elementu, wpływającego na ludzkie działania, a mianowicie – niepewności i ryzyka.

Mniejsza lub większa niepewność towarzyszy każdemu działaniu. To naturalna konsekwencja faktu, że człowiek nie zna swojej przyszłości. Może ją co najwyżej przewidywać na podstawie posiadanej wiedzy czy doświadczeń. Gdyby dana osoba była pewna przyszłych wydarzeń, nigdy nie podjęłaby żadnych działań, ponieważ miałaby świadomość, że nie będą one w stanie zmienić jej losu (oczywiście z wyjątkiem sytuacji, w której łudziłaby się ona, że jednak jest to w jakiś sposób możliwe). Często przyjmuje się, że im wyższy jest czynnik niepewności, tym mniejsza jest skłonność człowieka do podjęcia danego działania. Możliwe jest jednak także wystąpienie sytuacji, w której ryzyko zmusi człowieka do działania. Taki przypadek będzie miał miejsce w sytuacji, gdy dana osoba postanowi dążyć do zminimalizowania zagrożenia związanego z niepewnością (Rothbard 2007: 118, 180-182). Dlatego też czynnik ryzyka trzeba uwzględniać, obok skali wartości i preferencji czasowej, przy badaniu każdego zachowania.

Osoba mierząca się z niepewnymi rokowaniami medycyny profesjonalnej może zacząć szukać pomocy u przedstawicieli leczenia niemedycznego. Jest to tym bardziej prawdopodobne, im większy dar przekonywania ma uzdrowiciel. Jeżeli w sposób niebudzący wątpliwości zapewni, że po zastosowaniu jego terapii pacjent wróci do zdrowia, istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że dana osoba zdecyduje się skorzystać z jego usług. Z drugiej strony, jeśli chory uzna, że terapia w ramach medycyny alternatywnej niesie większe ryzyko, to pozostanie przy EBM. Może też wybrać obie te możliwości równolegle, co w jego przekonaniu doprowadzi do minimalizacji niepewności związanej z leczeniem. Oczywiście w każdym z tych przypadków należy ciągle pamiętać o nadrzędnym znaczeniu skali wartości danej osoby.

Zostało już nadmienione, że wzrost popularności leczenia niemedycznego, wykazuje pewien związek ze spadkiem prestiżu zawodu lekarza. Oczywiście w ujęciu prakseologicznym przekłada się to na skalę wartości poszczególnych osób. Bardziej interesująca wydaje się jednak w tym miejscu analiza przyczyn owego spadku prestiżu. Można spróbować to wyjaśnić, stosując prawo malejącej użyteczności krańcowej. Upraszczając, polega ono na tym, że im więcej jednostek danego dobra posiada człowiek, tym mniejszą wartość mają dla niego kolejne jednostki tego dobra. To bezpośrednia implikacja faktu, że każda kolejna jednostka dobra zaspokaja mniej pilną potrzebę (Rothbard 2007: 141-142). Stosując tę zasadę, można łatwo dojść do wniosku, że wysokie poważanie dla zawodu lekarza w przeszłości wynikało w znacznej mierze z niskiej dostępności usług i wiedzy medycznej. Niedobór lekarzy przyczyniał się do tego, że bardziej ceniono jego zawód w społeczeństwie. Brak łatwo dostępnej wiedzy medycznej sprawiał z kolei, że bardzo ceniono jego wiedzę. W momencie, kiedy usługi medyczne zaczęły się upowszechniać, jednocześnie rozpoczęła się powolna utrata prestiżu przez lekarza jako przedstawiciela coraz lepiej dostępnego sektora usług. Problem został spotęgowany przez rozwój środków masowego przekazu, na czele z Internetem, gdzie wiedza medyczna (nierzadko bardzo profesjonalna) jest powszechnie dostępna.

Z pewnością zagadnienie powodów obniżenia prestiżu, jakim cieszą się lekarze, nie zostało powyżej wyczerpane. Zasygnalizowane zostały tylko te kwestie, które wynikają bezpośrednio z analizy prakseologicznej, czyli mogą mieć największy wpływ na omawiane zjawisko. Niewątpliwie jednak, zwłaszcza w krótkoterminowej perspektywie czasowej, znaczenie mają także patologiczne zjawiska, od których środowisko lekarzy nie jest całkowicie wolne. Wszelkie afery będące udziałem profesjonalnych przedstawicieli medycyny rzutują na zaufanie, jakim społeczeństwo darzy osoby wykonujące ten zawód (BS/164/2013).

Powyższe analizy to jedynie wstępny zarys tego, w jaki sposób można wykorzystać prakseologię do analizy problemów socjologii medycyny, w tym leczenia niemedycznego. Nie

są to jednocześnie rozważania doskonałe. Jako że perspektywa prakseologiczna nie jest obecnie niemal w ogóle wykorzystywana w socjologii, wymaga odpowiedniego przekształcenia i dopracowania. Już jednak powyższe przykłady dowodzą jej potencjalnej przydatności, która, jak pokazał przykład rozdźwięku pomiędzy deklaracjami Polaków odnośnie zdrowia a rzeczywiście podejmowanymi działaniami, może sięgać nawet prób weryfikacji za jej pomocą wyników badań empirycznych.

PODSUMOWANIE

Zagadnienia zdrowia i choroby, a co za tym idzie także medycyna, posiadają szeroki wymiar społeczny. Brak znaczącej eksploracji tego obszaru stał się główną przyczyną, dla której utworzono socjologię medycyny. Obecnie jest to jedna z najdynamiczniej rozwijających się dziedzin tej nauki, a istnienie społecznej perspektywy wspomnianych zjawisk zostało powszechnie zaakceptowane.

Istnieją jednak ciągle sfery, które nie zostały dostatecznie dobrze zbadane. Jedną z nich jest problematyka leczenia niemedycznego. Zagadnienie to nabiera szczególnego znaczenia zwłaszcza obecnie, kiedy w okresie dynamicznego rozwoju medycyny profesjonalnej i ogłaszanych regularnie w mediach jej dokonaniach, istnieje wciąż duża grupa osób korzystających z usług uzdrowicieli, bioenergoterapeutów i innych przedstawicieli tego sektora. Kiedy u schyłku lat osiemdziesiątych, wydawało się, że leczenie niemedyczne w Polsce odchodzi stopniowo do przeszłości, nastąpił po transformacji ustrojowej nagły wzrost jego popularności. Nie jest to jednak odosobniony przypadek. Na całym świecie medycyna alternatywna cieszy się wciąż dużym uznaniem. Na czele znajdują się pod tym względem kraje słabo rozwinięte, w których tradycja myślenia mistyczno-magicznego jest nadal bardzo silnie zakorzeniona. Leczenie niemedyczne jednak ma znaczącą pozycję też w krajach takich jak Stany Zjednoczone (z uwagi na dużą ilość odizolowanych mniejszości etnicznych) czy w państwach Europy Zachodniej.

Eksploracja tego zagadnienia jest zatem niezbędna, żeby zrozumieć zachodzące w jego obrębie procesy. Służyć temu może kilka opisanych w tym tekście perspektyw teoretycznych: symboliczny interakcjonizm, fenomenologia, etnometodologia i prakseologia. Dwie pierwsze pozostają silnie ugruntowane w socjologii jako nauce. Etnometodologia znajduje się pod ich wpływem, jednak stosuje podejście nieco odrębne od powszechnie przyjętego. Najślabiej znana jest perspektywa prakseologiczna, która opiera się na prakseologii jako oddzielnej nauce o ludzkim działaniu i cechuje ją silny indywidualizm metodologiczny.

Nie sposób odmówić użyteczności żadnej z powyższych czterech teorii. Każda jest w stanie wnieść swój znaczący wkład do badań nad leczeniem niemedycznym. Interakcjonizm symboliczny umożliwia bliższe przyjrzenie się subiektywnym potrzebom pacjenta oraz jego własnemu punktowi widzenia. Fenomenologia koncentruje się na postawach ludzi wobec konkretnych zdarzeń, a nie na działaniach przez nich podejmowanych. Pozwala także ująć potoczną wiedzę chorego, która jest efektem jego przebywania w określonym środowisku zewnętrznym. Etnometodologia z kolei największą wagę przypisuje do interakcji pomiędzy pacjentem a uzdrowicielem. Uwzględnia także mowę potoczną, co pozwala ustalić poglądy danej osoby na zdrowie i chorobę. Może to prowadzić do wyjaśnienia przyczyn, dlaczego określony człowiek zdecydował się szukać pomocy w sektorze leczenia niemedycznego. Wreszcie ostatnia perspektywa – prakseologiczna, skupia się na samym działaniu i mechanizmach, które prowadzą

do jego podjęcia. Odpowiednio rozbudowana i dostosowana do wymagań socjologii pozwoliłaby analizować najbardziej podstawowe przyczyny ludzkich zachowań. Wykazuje też swoją przydatność jako podejście mogące poddawać weryfikacji badania empiryczne, to znaczy oceniać, czy wyniki badań faktycznie odpowiadają rzeczywistości w satysfakcjonującym badacza stopniu.

Lecznictwo niemedyczne to obszar wymagający i, co ważne, warty dalszych, pogłębionych badań. Wraz z rozwojem socjologii medycyny także ten jej obszar będzie podlegał coraz dalej idącym dociekaniam. Trudno wyobrazić sobie bowiem całkowity zanik medycyny alternatywnej, co jasno pokazuje przykład Polski po transformacji w 1989 roku. Dopóki będą istnieli uzdrowiciele oferujący rzekomo skuteczniejsze metody leczenia od medycyny opartej na faktach, dopóty znajdą się chętni do korzystania z ich usług. Niedomagania tejże medycyny zaś będą skłaniały ludzi do poszukiwania alternatywnych metod leczenia, w czym mogą dostrzec swoją szansę rozmaici oszuści. Socjologowie zaś, z właściwą sobie dociekliwością, będą chcieli te zjawiska badać.

BIBLIOGRAFIA

- Boguszewski, Rafał. 2013. *Wartości i normy*. BS/111/2013, CBOS, Warszawa.
- Constitution of the World Health Organization, <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>>, dostęp 19 czerwca 2015.
- Cybulska, Agnieszka. 2013. *Prestiż zawodów*. BS/164/2013, CBOS, Warszawa.
- Doroszewska, Antonina. 2010. *Współpraca pomiędzy medycyną a socjologią – możliwość czy konieczność?* W: W. Piątkowski (red.), *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej* Magdaleny Sokołowskiej. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN, s. 144-146.
- Janiszewska, Katarzyna. 2013. *Zbigniew Nowak. Ręce, które leczą i liczą*. „Gazeta Krakowska”, 11 lipca. <<http://www.gazetakrakowska.pl/artykul/942947,zbigniew-nowak-rece-ktore-lecza-i-licza,id,t.html>>, dostęp 19 czerwca 2015.
- Kodeks Etyki Lekarskiej, <<http://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>>, dostęp 19 czerwca 2015.
- Kotarbiński, Tadeusz. 1975. *Traktat o dobrej robocie*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich – Wydawnictwo.
- Mises, Ludwig von. 2011. *Ludzkie działanie. Traktat o ekonomii*. Warszawa: Instytut Ludwiga von Misesa.
- Omyła-Rudzka, Małgorzata. 2013. *Aktywność fizyczna Polaków*. BS/129/2013, CBOS, Warszawa.
- Piåtkowski, Włodzimierz. 2010. *Badania socjologiczne nad inną medycyną*. W: W. Piåtkowski (red.), *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej* Magdaleny Sokołowskiej. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN, s. 131-143.
- Piåtkowski, Włodzimierz. 2009. *Lecznictwo niemedyczne – perspektywa socjologiczna*. W: A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN, s. 311-338.

- Piątkowski, Włodzimierz. 2008. *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Piątkowski, Włodzimierz. 2002. *Lecznictwo niemedyczne w społeczeństwie pluralistycznym. Wybrane aspekty socjologiczne*. W: J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, s. 235-242.
- Rothbard, Murray N. 2007, *Ekonomia wolnego rynku*. T. 1. Warszawa: Fijorr Publishing.
- Szacki, Jerzy. 2005. *Historia myśli socjologicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Traditional medicine, <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/2003/fs134/en/>>, dostęp 19 czerwca 2015.
- Uramowska-Żyto, Barbara. 2009. *Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby*. W: A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN, s. 65-86.
- Uramowska-Żyto, Barbara. 1992. *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*. Warszawa: Instytut Filozofii i Socjologii PAN.

THEORETICAL PERSPECTIVES IN ANALYSING THE PHENOMENON OF NON-MEDICAL HEALTHCARE

The article refers to the social dimension of non-medical healthcare. It presents four theoretical perspectives (symbolic interactionism, phenomenology, ethnomethodology and praxeology) which can be used in the analysis of the problems of medical sociology. It specifically focuses on the causes of the unwavering popularity of healers and other unconventional therapists.

Keywords: medical sociology, non-medical healthcare, symbolic interactionism, phenomenology, ethnomethodology, praxeology.